# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Орган медицинских обществ г. Казани.

Выходит под редакцией

проф. В. С. Груздева и д-ра В. И. Iорданского.

ТОМ XVIII.

1922 г.

№ 3.

КАЗАНЬ.

Из Института Оперативной Хирургии Казанского Университета.

# Новый способ временной частичной остеопластической резекции нижней челюсти для удаления рака языка.

(Сообщено в Обществе Врачей при Каз. Университете и в научном совещании врачей Клинического Института в 1921 г.).

(Анатомо-Хирургический этюд).

Проф. П. М. Красина.

С 2 рис.

Широкий доступ в полость рта необходим хирургам, главным образом, для оперативного лечения рака языка с локализацией новообразования в задних отделах последнего, особенно же при переходе рака на слизистую оболочку дна полости рта или на arcus palato-glossus.

Обращаясь к истории оперативного лечения рака языка, интересно отметить главные этапы развития учения об операциях на языке по поводу рака.

**Petrus de Marchetti**, профессор хирургии Падуанского Университета, впервые в 1664 году удалил пораженный раком язык через естественное отверстие рта (**Woelfler**). Этот естественный доступ к языку и до сих пор служит отличным путем для операций в передне-боковых отделах языка, особенно с помощью ретракторов или зеркала **Whitehead**'а, при одновременном подрезывании уздечки языка и проведении сквозь толщу последнего крепкой нити для вытягивания его наружу. Однако уже в 1831 году **Iaeger** и **Hayfelder**, не довольствуясь ротовым отверстием, с целью выигрыша пространства стали производить одностороннее поперечное расщепление щеки от угла рта к переднему краю m. masseteris ниже **Steno**n'ова протока.

Вскоре затем **Maisonneuve** стал применять двухсторонний разрез щеки, а в 1836 году **Roux** впервые произвел поперечный распил нижней челюсти через срединный разрез нижней губы и тем положил начало так называемой временной линеарной резекции нижней челюсти.

Примеру Roux последовали Sèdillot, Syme и Billroth. При этом, в виду незначительности расхождения перепиленных половин нижней челюсти вследствие малой податливости их, у Billroth'a явилась идея создать более широкий доступ к языку путем временной остеопластической резекции нижней челюсти через разрез мягких тканей и выпиливания четыреугольного куска кости во всю ее толщу, ограниченного двумя поперечными распилами. Подобную операцию Billroth первоначально сделал на левой стороне, от клыка до большого коренного зуба. Выпиленный кусок по идее автора, должен был оставаться снизу в связи с мягкими частями, вкладываться обратно на свое место и фиксироваться проволочными швами. В виду того, однако, что этот способ наносит слишком большую травму истощенным раком больным и потому является слишком опасным, он в настоящее время и не применяется хирургами.

В 1875 году Langenbeck, воспользовавшись идеей Roux-Sèdillot, произвел через отвесный разрез мягких частей от угла рта вниз поперечный боковой распил нижней челюсти и таким образом создал способ, впоследствии усовершенствованный, главным образом, Bergmann'ом.

Способ Langenbeck-Bergmann'a общеизвестен и пользуется заслуженной репутацией и широким распространением. Для более надежной фиксации спиленных поверхностей кости были предложены особые распилы челюсти, также общеизвестные (по Langenbeck'y, Kocher'y, Mikulicz'y).

В начале восьмидесятых годов прошлого столетия появился превосходный способ иссечения языка, принадлежащий Kocher'y и известный под названием „Methode der Zungenexstirpation von der Zungenbasis aus". Первоначально способ этот состоял в образовании лоскута в regio suprahyoidea, причем путь к языку шел через дно полости рта сбоку. В дальнейшем Kocher добавил к этому лоскутному разрезу поперечное парамедиальное распиливание нижней челюсти с оттягиванием крыловидной мышцы, с целью создания более широкого доступа к задним отделам языка. Способ этот также пользуется известностью у современных хирургов.

Для полноты настоящего очерка следует еще упомянуть о старом, в настоящее время почти забытом способе Verneil'я с углообразным разрезом по краю mandibulae, причем после перевязки лицевых сосудов (артерии и вены) удаляются лимфатические железы, а также подчелюстная слюнная железа, и пересекаются

мышцы дна полости рта (m. mylo-hyoideus и m. digastricus) и
другие мягкие части до слизистой оболочки рта включительно
Способ этот дает ограниченный доступ к языку.

Из более современных способов необходимо указать на способ
Krönlein'a, видоизмененный проф. Орловым. Krönlein
проводит дугообразный разрез от угла рта вниз на нижнюю че-
люсть, поворачивает его кзади и вниз, проходит над рожком под-
язычной кости и заканчивает разрез у заднего края processus
mastoidei. Челюсть перепиливается при нем сбоку. Модификация
Орлова состоит в перенесении начального разреза к средней
линии нижней губы, благодаря чему щадятся нижние ветви n.
facialis.

Так как меня интересуют больше всего способы удаления рака
языка через дно полости рта, то я и позволю себе остановиться
преимущественно на них, а все остальные, кратко упомянутые
выше, оставлю в стороне.

Из вышеприведенных способов некоторое отношение к моей
теме имеют только способы Verneuil'я, Kocher'a, а затем, и
главным образом, способ Regnolli-Czerny-Billroth'a.
Некоторое отношение к данному вопросу имеют также—способ Mo-
restin'a, рекомендованный последним для удаления опухолей дна
полости рта, dedoublement Faure'a и крестообразный разрез
Küttner'a на шее для удаления раково-пораженных шейных
лимфатических желез. Всех этих способов я коснусь лишь кратко
в дальнейшем.

Прежде, чем перейти к способам, дающим широкий доступ к
языку со стороны дна полости рта, я считаю нелишним указать,
что с современной хирургической точки зрения рак языка, благодаря
густой сети анастомозов лимфатических путей, рано становится
обширным заболеванием и метастазирует в целый ряд лимфатиче-
ских желез различных анатомических областей. В зависимости от
этого оперативное лечение его слагается из целого ряда отдельных
моментов. Прежде всего удаляются все, пораженные раком, лимфа-
тические железы на шее через шейные специальные разрезы; пере-
вязываются или нет,—это зависит от обстоятельств и взглядов хи-
рурга,—лицевые артерии и вена, далее, как предварительный акт,
обеспечивающий бескровное удаление опухоли языка, перевязывается
a. carotis externa или a. lingualis, производится подготовительная опе-
рация с целью широкого доступа в рот, и, наконец, удаляется опу-
холь языка и смежных частей.

Переходя затем к способам, дающим доступ к языку со стороны дна полости рта, замечу, что этот путь к языку впервые был указан Cloquet. В 1827 году последний произвел у больного с раком языка отвесный разрез от средины нижнего края челюсти до средины подъязычной кости, проник между m. mylohyoideus и m. genio-hyoideus в рот и через рану ввел и наложил на больной язык экразер с целью отщемления опухоли. В 1838 году Regnolli, а затем Siamattei, Czerny и Billroth предложили сходные способы вскрытия дна полости рта путем образования кожно-мышечного лоскута из мягких частей дна ротовой полости. В виду значительного сходства этих способов между собою, а равно и потому, что способы Regnolli-Billroth'a излагаются в учебниках, напр., Esmarch-Kowalzig'a, Tiellmans'a и др., я подробно их приводить не буду. Укажу только, что общим для всех этих способов является то, что авторы их выкраивают из мягких частей дна полости рта, через дугообразный или дугообразно-теобразный разрезы, лоскут из кожи, мышц и слизистой оболочки дна полости рта, причем прикрепления мышц к spina mentalis обязательно перерезываются (ножем или ножницами —по Billroth'y). На последнее обстоятельство я особенно обращаю внимание читателей. Язык выводится через рану в regio suprahyoidea. Способы эти не получили большого распространения, и понятно, почему: дело в том, что отсечение таких важных мышц, как genio-glossus, лишает язык опоры, обусловливает его западение и ведет в послеоперационном периоде к так наз. Schlückpneumonie (Küttner). Таким образом, вышеуказанные способы, повидимому, имеют лишь историческое значение.

Способ Morestin'a, имеющий специальное значение и показание, состоит в срединном сечении нижней губы и резекции альвеолярного отростка в среднем его отделе с оставлением нижнего края mandibulae в целости. Идея, положенная в основу этого способа, повидимому, принадлежит Faure'y, который предложил производить у больных с переходом раковой опухоли на кость частичное иссечение задней ее поверхности с сохранением передней кортикальной пластинки (dedoublement). Способ этот едва-ли может предохранить больного от рецидива.

Интересуясь вопросом об оперативном лечении рака языка у постели больных еще во время службы в Госпитальной Хирургической клинике, я выработал оригинальный способ широкого доступа в полость рта путем применения временной остеопластической резекции

нижней челюсти со стороны как дна полости рта, так и среднего отдела mandibulae, ее нижней части подбородочнаго отдела.

При разработке этого способа меня интересовал ряд вопросов принципиальнаго характера, имеющих не только анатомо-хирургическое значение, но и, прежде всего, клиническое, а именно:

1) Возможно-ли путем временной частичной остеопластической резекции нижней челюсти образовать кожно-костно-мышечный, со слизистой оболочкой, лоскут из дна полости рта и подбородочной части mandibulae, который обеспечивал-бы широкий доступ в полость рта и глотки, а стало быть, и к языку,—и в то же время сохранить в целости прикрепление мышц к spina mentalis?

2) Возможно-ли создать частичную резекцию нижней челюсти, ограничиваясь минимальным иссечением кости, без полных поперечных распилов в regio mentalis, сохранивши непрерывность челюстной дуги, а также оставляя в целости нижне-челюстной канал с его сосудисто-нервным пучком до конечных ветвей n. n. mentalium включительно?

3) Возможно-ли при проведении основного резекционнаго разреза сохранить ad maximum нижние ветки лицного нерва?

4) Удобно-ли из основного резекционного разреза создать продолженные разрезы в передне-боковых отделах шеи как с целью широкого удаления лимфатических желез из областей r. suprahyoidea, r. parotidea, r. retromandibularis, r. a. carotis и r. trigoni colli lateralis inf., так и для лигирования важнейших сосудов (a. carotis externa, a. lingualis, a. maxillaris externa)?

В виду того, что на все вышепоставленные вопросы я получил вполне удовлетворительные ответы, я опишу прежде всего основной резекционный разрез, так как дополнительные разрезы для удаления шейных лимфатических желез могут быть присоединены к первому и никакой новизны не представляют.

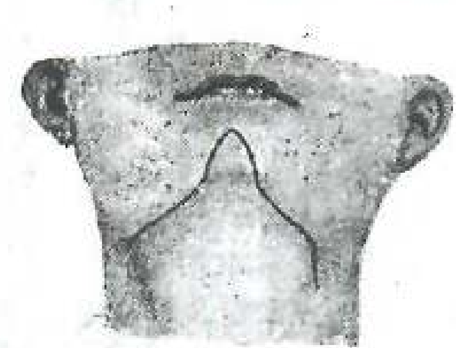


Рис. I

Кожный разрез я начинаю с правой стороны, несколько ниже рожка под'язычной кости, от внутреннего края m. sterno-cleido-mastoidei, и веду его к нижнему краю mandibulae (к линии переднего края m. masseteris, смотри рис. I). От этого пункта разрез идет по нижнему краю челюсти до угла подбородочной области (если угол этот не выражен, то разрез доходит до точки, лежащей на поперечный палец от средины подбородка)

Далее разрез уклоняется кверху к точке, лежащей над protuberantia mentalis. Отсюда он симметрично с первой своей половиной опускается вниз и далее идет так же, как только что описано справа, а оканчивается на симметричном месте слева. На [illegible] разрез делается послойно, по краю челюсти, до надкостницы, а по передней поверхности regio mentalis—постепенно до кости. Края разреза подбородочной области раздвигаются крючками, и в линии кожного разреза надкостница рассекается аккуратно и отодвигается кнаружи так, чтобы можно было пощадить n. n. mentales той и другой стороны, выходящие из foramina mentalia.

Далее я прохожу сбоку и снутри челюсти, отделяя m. mylohyoideus с обоих сторон, и вскрываю слизистую оболочку дна полости рта под контролем введенного в рот пальца. Последним нащупываю spina mentalis с прикрепляющимися к ней мышцами и кривым ножем надсекаю слизистую дугообразно выше прикрепления мышц так, чтобы концы этой раны по задней поверхности подбородочной части челюсти соединились с боковыми сквозными шейными ранами дна полости рта. После отслойки слизистой оболочки кверху, я перфорирую сейчас над protuberantia mentalis, дрилем или бором, спереди назад кость с таким расчетом, чтобы внутренний конец вышел над spina mentalis. Затем ввожу пилу Gigli в это отверстие и внутренний конец ее, несколько загибая, провожу сначала в правую сквозную шейную рану и перепиливаю кость по косой линии кожного подбородочного разреза. После этого пила вставляется вновь, но проводится в левую шейную рану, и кость перепиливается симметрично. Таким образом из подбородочной области выпиливается треугольный кусок кости с нижним основанием, на задней поверхности которого остается spina mentalis с прикрепляющимися к последней мышцами.

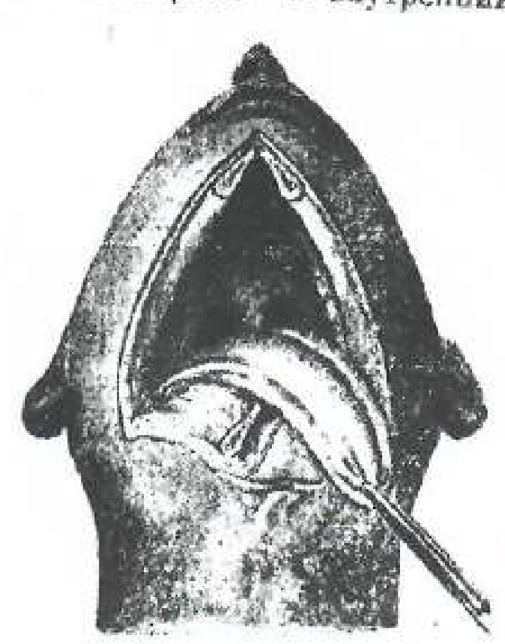


Рис. 11.

Образовавшийся при этом лоскут откидывается книзу (см. рис. 11), причем мягкие части легко могут быть отделены до самых дужек, и язык извлечен пулевыми щипцами далеко кверху и вниз. Доступ откры-

вается не только ко всем отделам языка, но и глотке (особенно к дужкам, миндалинам и мягкому небу — до надгортанника). Удаление языка через такую рану не может представлять затруднений. Перевязка сосудов при этом может быть сделана или вначале, в шейных ранах, или язычные артерии можно отыскать после образования лоскута, идя со стороны слизистой дна полости рта. Что касается шейных разрезов, для удаления лимфатических желез, то разрезы по внутренним краям m. sterno-cleido-mastoidei, углообразно заходящие в нижние шейные треугольника, конечно, легко могут быть соединены с основным резекционным разрезом и вполне заменяют крестообразный разрез Küttner'a. Укрепление треугольного куска кости достигается проволочным швом с одной стороны, для чего перед распилом ее высверливаются два отверстия. Это укрепление может быть достигнуто и кожными швами совместно с пращевидной повязкой челюсти.

*Важнейшие источники:* Woelfler. Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir., 1881, Bd. 26.—Billroth. Arch. f. klin. Chir., Bd. 16, 1874.—Bier-Braun-Kümmel. Operationslehre 1920.

---